

Doi: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21872>

“...A Gente Precisa de Cuidado”: A execução da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em itinerários Abortivos de Mulheres Soteropolitanas.

Recebido 01.09.2016

Aprovado 03.12.2016

Paula Rita Bacellar Gonzaga¹
Lina Maria Brandão de Aras²

Resumo

Esse trabalho se debruça sobre os relatos de internação decorrente de complicações pós abortamento em itinerários abortivos de mulheres soteropolitanas. Para tanto foram analisados os depoimentos de cinco informantes selecionadas do total de doze entrevistas realizada entre 2014 e 2016. A metodologia está situada numa perspectiva qualitativa, com uso de entrevistas narrativas e para tratamento dos dados foi utilizada a análise do discurso a partir da perspectiva foucaultiana. O objetivo do recorte que se apresenta nesse texto é evidenciar como as experiências de internamento devido a complicações pós-abortamento são marcadas ou não pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2010), repercutindo em narrativas marcadas pelo cuidado ou pelo descaso e pela exposição das mulheres a situações de constrangimento. Por questões éticas a confidencialidade será resguardada através da utilização de nomes fictícios para as informantes e os hospitais/maternidades citados. Todas as informantes que tiveram complicações após o abortamento utilizaram como método de interrupção da gravidez o misoprostol, popularmente conhecido como cytotec, e apenas um dos relatos se refere a procedimento executado em uma casa através de sonda intra-uterina. A dificuldade de conseguir o medicamento e a ausência de informações seguras de como utilizá-lo são recorrentes nos relatos. A experiência do internamento é fortemente marcada pelo medo de ser descoberta como alguém que provocou o aborto e nenhuma das informantes relata ter sido atendida ou acolhida por profissional da psicologia ou do serviço social, como preconiza a Norma Técnica.

Palavras Chave: Aborto provocado, norma técnica, atenção humanizada, cuidado.

“...Nosotras necesitamos de cuidado”: la ejecución de la la Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto en itinerarios abortivos de mujeres del Salvador

Resumen

Este trabajo se centra en relatos de hospitalización debida a complicaciones después de un aborto en itinerarios abortivos de mujeres del Salvador (Bahía) en el Brasil. Para este análisis, cinco informantes fueron seleccionadas de un total de doce participantes de la investigación de maestría titulada "Yo quería tener el derecho a elegir": Formaciones discursivas e itinerarios abortivos en Salvador, realizada entre 2014 y 2016. La metodología tuvo una perspectiva cualitativa, con uso de entrevistas narrativas y para el tratamiento de los datos fue utilizado el análisis de discurso a partir de la propuesta foucaultiana. El objetivo del fragmento que se presenta en este texto es analizar como las experiencias de hospitalización

¹ Paula Gonzaga possui formação em Psicologia na Universidade Federal da Bahia e Mestrado pelo Programa de Estudo Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, também na UFBA. Atualmente desenvolve pesquisa de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social na Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: paularitagonzaga@gmail.com

² Lina Aras é professora titular do Programa de Pós-Graduação de História – UFBA e Professora Associada no Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo – Universidade Federal da Bahia. E-mail: lina.aras60@gmail.com

debido a complicaciones después de un aborto son realizadas o no por la Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto, repercutiendo en narrativas marcadas por el cuidado o por la negligencia y la exposición. Por cuestiones éticas, la confidencialidad será resguardada a través del uso de nombres ficticios en las informantes y los hospitales o clínicas citados. Todas las informantes que tuvieron complicaciones después de un aborto utilizaron como método de interrupción del embarazo el medicamento misoprostol, popularmente conocido como cytotec, y apenas uno de los relatos se refiere a un procedimiento realizado en una casa y a través de sonda intrauterina. La dificultad para conseguir el medicamento y la falta de informaciones completas y adecuadas de cómo usarlo son cuestiones reiterativas en los relatos. La experiencia de hospitalización está fuertemente marcada por el miedo de ser descubierta como alguien que provocó un aborto y ninguna de ellas relata haber sido atendida o apoyada por profesionales del área de psicología o de Trabajo Social, como indica la norma técnica.

Palabras clave: Aborto provocado, Norma técnica de atención humanizada del aborto, atención humanizada, cuidado.

“...we need to be taken care off”: The implementation of the technical Standard of Humanized Care Delivery to Abortion in Abortive Itineraries of woman from Salvador.

Summary

This work focuses on hospital reports caused by post abortion complications in the abortion itineraries of women from Salvador. For this analysis, five informants were selected from the total of twelve who participated in the Master Degree research titled "I wanted to have the right to choose": Discursive formations and Itineraries Abortifacient in Salvador; conducted between 2014 and 2016. The methodology is situated in a qualitative perspective, using narrative interviews, and to analyze the data it was used the discourse analysis from Foucault's perspective. The purpose of this article is to analyze how the experiences of being hospitalized, due to post-abortion complications, follows or not the Technical Standard of Humanized Care Delivery to Abortion (NTAHA), reflecting in narratives full of caution or neglect and exposure. For ethical reasons, the confidentiality is safeguarded through the use of fictitious names for the informants and the hospitals/maternalities cited. All the informants who had post abortion complications used as an abortion method misoprostol, popularly known as cytotec, and only one of the reports refers to procedure through intrauterine probe performed in a house. The difficulty of getting the drug and the lack of reliable information of how to use it are recurrent in the reports. The internment experience is strongly stressed by the fear of being discovered as someone who caused the abortion and none of the informants report to have been treated or welcomed by a professional psychology or social work, as recommended by the Technical Standard.

Keywords: Induced abortion, technical standard, humanized healthcare, care

Introdução

O caminho proposto nesse trabalho é uma tentativa de compreensão sobre o abortamento como um fenômeno que, para além dos úteros e dos corpos femininos, se dá na subjetividade das mulheres, tão fortemente marcada pela simbiose imposta entre feminilidade e maternidade. Se dá, ainda, no interior dos esquema de valores desses indivíduos, tão fortemente cerceados de vivências livres da sua própria sexualidade e de sua capacidade reprodutiva. Interromper uma gravidez num contexto de criminalização do aborto e de imposição da reprodução como destino inegável é um processo de enfrentamento de formações discursivas que operam sobre os corpos femininos para

reduzi-los a função biológica da procriação, mas essa história não é linear, nem tampouco funciona linearmente as disputas por controle e regulamentação da conduta e da reprodução feminina. O mesmo Estado que criminaliza a mulher que provoca o aborto também entende que essa mulher é um sujeito de direitos e que, portanto, deve ser alvo de cuidados específicos que garantam sua saúde física e psíquica.

A disputa pela tutela da capacidade reprodutiva das mulheres brasileiras está em curso desde os primórdios da colonização. Como aponta Del Priore (1994) a incursão da Igreja Católica através dos jesuítas no Brasil colônia foi fundamental para a instauração de normas sobre a conduta sexual e reprodutiva dos sujeitos que viviam nessa parte da América. Desse modo, a autora identifica como o aborto foi apontado como um contrassenso para a metrópole que estava interessada em povoar o território e para os representantes do cristianismo que pregavam que o sexo deveria ser estritamente para fins reprodutivos e apenas consumado no âmbito do matrimônio. O aborto logo passou a ser associado a relações ilegítimas, a prostituição e promiscuidade das mulheres, sendo estas duplamente responsabilizadas por essa prática. Essa responsabilização de manteve ao longo dos séculos, através do que Gayle Rubin (2003) identifica como uma internalização dos valores cristãos para além da própria filiação dos indivíduos a essa prática religiosa. O impacto do cristianismo no processo de colonização e exploração dos países latino-americanos continua reverberando apesar da laicidade prevista nas constituições após a redemocratização (RUIBAL, 2014).

Entender a força desse discurso é fundamental para se traçar um contorno do debate sobre o aborto na atualidade, visto que as religiões de origem cristã são apontadas como protagonistas na luta pela manutenção da criminalização e pela extinção dos casos de permissivos legais na América Latina (AMARAL, 2014; HEILBORN, 2012; FAÚNDES; DEFAGO, 2013; ROCHA; ROSTAGNOL; GUTIERREZ, 2009; RUIBAL, 2014). A extensão dessas influências reverbera nos itinerários abortivos das mulheres, inclusive daquelas que participam dessa pesquisa.

Considerando por itinerários abortivos o conceito adaptado da socioantropologia que define como tal o percurso traçado por mulheres desde a descoberta do atraso menstrual até a efetivação da interrupção da gravidez, considerando todo o processo decisório, a deliberação pelo método a ser usado, as tentativas, a efetivação e o internamento em caso de complicações após o procedimento. Apresenta-se nesse trabalho cinco mulheres

que vivenciaram ao todo dez (10) abortos, sendo que destes seis (06) acarretaram complicações que demandaram atendimento médico especializado. A presença de formações discursivas punitivas e que se organizam polifonicamente no repertório das entrevistadas é um fator relevante para entender suas escolhas sobre procurar ou não ajuda, contar ou não sobre essa experiência.

A associação do aborto como uma prática associada a condutas negativas (crime, pecado, assassinato) ignora que interromper gestações é uma conduta presente em todas as sociedades conhecidas até o momento (HEILBORN, 2012), e que ocorre, inclusive, independentemente dos valores religiosos e morais que as mulheres professam (BRASIL, 2009). Os discursos punitivos, sejam religiosos ou jurídicos, apenas funcionam como instrumentos de produção de insegurança, riscos e conflitos internos. Michel Foucault (2014) sobre as formações discursivas, seus impactos e funcionamento defende que:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciados, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações) diremos, por convenção, que se trata de uma *formação discursiva* – evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e conseqüências, inadequadas, aliás, para designar semelhante dispersão, tais como a “ciência”, a “ideologia”, ou “teoria”, ou “domínio de objetividade”, chamaremos de *regras de formação* as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas). As regras de formação são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva. (FOUCAULT, 2014, P.47)

Ainda de acordo com Foucault (2014) a produção, circulação, legitimação, organização e distribuição dos discursos obedece a uma necessidade que seus perigos e poderes sejam conjurados, controlados. Diante da problemática do aborto a análise do discurso cabe para se pensar como as formações discursivas foram legitimadas historicamente para chegarem à contemporaneidade com *status* de verdade, porque essas formações e não outras? Considerando o Brasil como um Estado regido pelo BioPoder, ou seja, pelo controle dos indivíduos através da normatização e disciplinarização dos modos de vida (FOUCAULT, 2005); podemos afirmar que o controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva das mulheres ainda se caracteriza como um dos pontos onde o exercício do poder se materializa nesses corpos, controlando e catalogando essas condutas através

dos saberes disciplinares e da biopolítica e impondo sobre as mulheres a maternidade como destino factual.

Para Foucault (2005) é preciso se perguntar sobre esse poder que produz discursos de verdade com efeitos tão potentes sobre a vida dos indivíduos. Esse poder que é físico e material investe sobre os corpos e é constantemente institucionalizado através do controle da normatização dos comportamentos, ideias, desejos (FOUCAULT, 1979). O discurso biomédico tem sido um desses atores no que tange a institucionalização dos corpos femininos.

Fabíola Rohden (2002) aponta como a ginecologia se origina com o objetivo de mapear os corpos femininos, garantir um campo de atuação que fiscalize a reprodução, a honra feminina e o controle a tipificação das alterações corporais das mulheres. Diante dessa proposta a origem da ginecologia e da obstetrícia é de oposição a prática do aborto ao mesmo tempo em que também cria um campo de autoridade para si, destituindo as mulheres que eram parteiras e curandeiras das suas práticas e considerando-as como um risco.

É esse saber disciplinar, socialmente legitimado e reconhecido como autoridade no que tange a capacidade reprodutiva das mulheres que norteou uma normativa de cuidado e atenção as mulheres em situação de abortamento provocado ou que buscam o serviço de aborto legal no Brasil. O Estado aparece de dois modos; sendo o primeiro através da criminalização do abortamento, imputando pena de um a três anos para mulher que induza aborto ou permita que alguém o faça (BRASIL, 1940). O Código Penal Brasileiro que data de 1940 prevê que as mulheres tenham direito a realização de abortamento em caso de risco de vida para a mulher ou se a gravidez for fruto de violência sexual. Em 2012 devido a organização de movimentos feministas e institutos de pesquisa, somou-se a esses permissivos os casos de anencefalia. Mesmo nos casos de aborto legal, previstos desde 1940, a execução desse serviço passou a ser organizada, ainda de forma precária e escassa, a partir da redemocratização do país em decorrência da atuação de grupos feministas e movimentos de mulheres.

Por outra via é o próprio Estado que reconhece a importância de se garantir cuidado e atendimento qualificado aos casos de abortamento que chegassem ao Sistema Único de Saúde. Em 2005, o Ministério da Saúde editou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005). Esta é uma normativa de todos os

procedimentos que devem ser realizados para garantir o direito a saúde, informação e autonomia das mulheres que buscam realizar um aborto legal ou sanar complicações decorrentes de um aborto provocado em situações inseguras. A segunda edição desse documento, publicada em 2010, apresenta ao longo de sessenta páginas, divididas em uma introdução e cinco capítulos, um detalhamento de todas as orientações que os profissionais de saúde devem seguir ao atender mulheres que buscam esse serviço, desde o acolhimento, até a efetivação do procedimento, roteiro de conversa para profissionais da psicologia e do serviço social e informações éticas, jurídicas e profissionais.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento é resultado de uma articulação e de um contexto político específico no Brasil. Pela primeira vez estava em curso um governo declaradamente de esquerda e reverberavam os efeitos da Convenção Interamericana de Belém do Pará para prevenir, erradicar a violência contra a Mulher; além do Sistema Único de Saúde estar próximo a completar duas décadas de existência e o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) estar com quase 25 anos de criação.

Diante de tal contexto, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica com um teor pautado no cuidado, no respeito e nos direitos das mulheres e no reconhecimento dos movimentos feministas e de mulheres. Como é apresentado logo no início do documento:

O Ministério da Saúde, atento à primazia dos direitos humanos e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, que não arrefecem na luta histórica por tais direitos, ganhou, nos últimos anos, visível e inexorável fôlego no compromisso com a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. Vem pautando-se, para tanto, pelo zelo no seguimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e pela legislação nacional vigente, com destaque para a consolidação de garantias constitucionais e pela recente Lei Maria da Penha. Esta última, sendo marco político essencial no enfrentamento não somente à violência doméstica em geral, mas também ao estupro ocorrido em âmbito doméstico, que não raro provoca gestações incestuosas, produzindo traumas indelévels em crianças e adolescentes... Cumpre, assim, esta nova edição, objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – e seus Planos de Ação, ao buscar promover a atenção qualificada e humanizada – obstétrica e neonatal, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Ademais, o Ministério da Saúde vem atuando, de maneira intra e intersetorial, no âmbito do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, em especial, de forma articulada com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), nos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Caminha, desse modo, para a ampliação do acesso à atenção, auxiliando profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz,

Apesar do que prevê a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento no que tange a garantia do sigilo entre paciente e profissional de saúde; o respeito a autonomia e a integridade das mulheres, os profissionais de saúde atuam como sujeitos polifônicos discursivamente e suas ações em muitos casos representam o controle do Estado sobre os corpos das mulheres. De acordo com o Instituto de Mulheres pela Atenção Integral à Saúde e aos Direitos Sexuais e Reprodutivos:

As falas das mulheres que procuram os hospitais em situação de abortamento revelam, em muitos casos, a falta de humanização da atenção, a precariedade das condições físicas dos equipamentos de saúde, o descaso com a sua situação de vulnerabilidade no momento do aborto, indicando o preconceito e a discriminação com que são tratadas quando buscam esses serviços. São comuns relatos de maus tratos, como a realização de curetagens sem anestesia, longo tempo de espera para serem atendidas, culpabilização e falta de diálogo que permita às mulheres revelarem seus medos e necessidades (IMAI, 2008, p.22).

Em casos extremos a própria equipe médica, violando o Código de Ética de sua profissão de cuidado, denuncia a mulher para que essa responda ao crime de aborto. Essa prática implica na realidade contraditória em que muitas dessas mulheres recebem voz de prisão quando ainda estão na instituição que deveria lhes oferecer cuidado. Casos como o noticiado, em 21 de fevereiro de 2015, pelo jornal Folha de São Paulo, em que uma jovem de 19 anos que procurou uma maternidade em São Bernardo do Campo, com hemorragia pós-aborto, foi denunciada pelo médico que a atendeu. De acordo com a declaração publicada na reportagem, o policial chamou a jovem de ‘otária’ e o médico lhe disse que ‘Deus a perdoaria’, assim ela recebeu voz de prisão no hospital e, após o atendimento, ficou seis horas detidas até que a fiança de R\$ 1.000,00 fosse paga (Folha de São Paulo, 2015). A prisão como realidade noticiada nacionalmente só acrescenta medo e ansiedade às trajetórias abortivas das mulheres, em geral, pobres, negras e periféricas do Brasil.

Assumindo como consenso a importância desse documento federal como uma normativa de defesa aos direitos básicos das mulheres brasileiras que vivenciam os conflitos da clandestinidade do aborto no país, esse trabalho objetiva identificar como as orientações da norma técnica de atenção humanizada são vivenciadas ou não nos relatos

de internação de cinco mulheres que procuraram hospitais da rede pública de saúde devido a complicações decorrentes de abortos provocados.

São cinco interlocutoras identificadas com nomes fictícios por questões éticas e que, ao todo, narraram dez itinerários abortivos, sendo que destes seis terminam em complicações que demandam atendimento hospitalar. São sobre essas seis narrativas que se dará a análise, considerando que todos os internamentos estão localizados na cidade de Salvador, capital da Bahia, e da Região Metropolitana.

As cinco interlocutoras: Atali, Brigid, Dandara, Perséfone e Thêmis são parte do grupo de 12 mulheres que participaram da pesquisa realizada entre 2014 e 2016³. Dentre as doze informantes, as cinco vivenciaram complicações decorrentes do abortamento e que recorreram a hospitais públicos, o que possibilita compreender a execução da norma e seus desdobramentos nesses itinerários. Thêmis realizou três interrupções, sendo que apenas a primeira demandou internação hospitalar; Perséfone provocou quatro abortamentos, entre estes os dois primeiros geraram complicações posteriores; Atali, Brigid e Dandara narraram apenas uma interrupção cada uma.

As cinco estão na faixa dos 30 anos no momento que concedem as entrevistas. Dentre estas, Atali e Thêmis já tinham levado uma gravidez a termo antes de abortarem, Dandara engravidou novamente um ano depois do abortamento e Brigid e Perséfone não tinham filhos no momento da entrevista, mas declararam desejar exercer a maternidade. Brigid, Perséfone e Dandara se auto declaram como mulheres negras, Atali se considera parda e Thêmis como branca. Perséfone e Brigid são atrizes, Dandara é psicóloga, Thêmis é analista jurídica e Atali está cursando o ensino superior.

Dentre os seis itinerários abortivos que foram finalizados em serviços de saúde, cinco foram provocados com cytotec⁴ e um foi realizado com sonda em uma casa na região metropolitana de Salvador. Diniz e Madeiro (2012) apontam que o termo cytotec já extrapolou o campo biomédico e, atualmente, compõe o universo de saberes compartilhados por mulheres. Diante disso esse termo será adotado ao longo das análises, visto que ele é o termo utilizado pelas informantes e que substituí-lo implica em modificar a carga sócio-histórica que a ele já está associada.

³ Dissertação defendida em 28 de janeiro de 2016 em banca pública realizada na Faculdade De Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

⁴ Nome fantasia do medicamento proibido no Brasil e que tem como princípio ativo o misoprostol

Incursões na Clandestinidade: o valor da informação

De acordo com pesquisa nacional realizada por Diniz e Medeiros (2010) uma em cada cinco mulheres brasileiras das zonas urbanas já provocou ou provocará um aborto. Esse número provavelmente será ainda maior se considerarmos as zonas rurais não incluídas nessa pesquisa. Isso denota que o aborto é um fenômeno de magnitude complexa envolto no que Motta (2008) denomina como um sonoro silêncio. Todos conhecem alguma mulher que já abortou, todos compartilham informações – corretas ou equivocadas – sobre abortamento, mas existe um constrangimento moral que torna todas essas falas um mero sussurro.

Como a própria Norma Técnica (2010) aponta, a experiência do abortamento é física, emocional e social e o contexto de criminalidade implica numa produção de temores, angústia e *stress* ao longo do itinerário, urge aos profissionais de saúde ter sensibilidade e cuidado para acolher as mulheres em situação de abortamento e as histórias que elas trazem consigo:

Quando eu tava me separando do pai da minha filha eu tava grávida. Aí eu conversei com ele, falei: ó, não tem a mínima condição da gente ter um filho nessa situação da gente se separando e ele concordou e falou: ó, eu não sei o que fazer. Por mim a gente continuava junto, você tinha esse filho, mas a opção vai ser sempre uma opção sua, não posso te forçar a ficar comigo. Aí eu fui num médico, na verdade eu tinha uma amiga que tinha feito um aborto, e aí nós fomos numa farmácia que ela conhecia que vendia cytotec e aí eu tomei o cytotec e coloquei também. Eu tomei dois e coloquei dois. E não senti dor, não senti sangramento, não senti nada. Passei a noite toda, tomei perto de meia noite, ela dormiu lá comigo para eu não dormir sozinha e o pai da minha filha foi dormir na casa da mãe com ela pra se acontecesse alguma coisa ela não estar em casa. (Thêmis, sobre o abortamento provocado por volta dos 21 anos)

“Meu filho tinha entre 8 e 9 anos então assim, já tinha passado uma etapa, tava voltando a estudar, né? Trabalhava de trabalho [pausa] comum mesmo de salário mínimo, mas de qualquer forma é uma forma de você se reerguer, né? De ter, de voltar à ativa... aí eu comecei a sangrar e sentir dores e eu liguei pra essa tia que eu estava tomando conta da casa, que era uma época de natal, fim de ano na verdade e sangrei por dias, porque assim nem sentia nada, eu não tinha contração, não tinha nada e aí a gente tem uma amiga que trabalhava em hospital eu falei com um médico que me orientou, eu não tinha tomado nada, eu só, eu comecei sangrar por conta da queda e como tinha intenção a gente foi vendo até onde dava pra controlar, eu sangrei esse dia o final do dia de-de tardezinha, quatro e meia, cinco horas até o outro dia quase meio dia, que já tava assim muito intenso, muito intenso mesmo, eu já tava me sentindo bem mal, eu fiquei desacordada algumas vezes, aí essa tia que falou com médico trabalhava no hospital, chegou com minha irmã aí nós fomos pro hospital.” (Atali, sobre abortamento ocorrido aos 25 anos)

Os relatos de Thêmis e Atali coadunam com a análise de Heilborn et al. (2012) sobre o caráter contingencial que cerca a decisão de realizar um abortamento, a gravidez é analisada sobre o prisma do vínculo que a produziu, das possibilidades de apoio e da estabilidade financeira das pessoas envolvidas. Compreender esse aspecto é fundamental para reforçar que essas mulheres são indivíduos imersos em um contexto social e que merecem ser vistas e atendidas considerando a complexidade de suas trajetórias e o sofrimento que elas possam ter vivenciado até o momento que chegam aos serviços de saúde. Nesse aspecto cabe trazer o relato do primeiro itinerário abortivo de Perséfone, ocorrido aos dezesseis anos, com participação de alguns familiares:

E tanta confusão na minha cabeça, eu só tinha dezesseis anos e... sei lá, parecia que minha vida tava se acabando ali diante de toda aquela situação. Aí eu aceitei fazer e a gente foi lá e fez. Numa casa de uma mulher, tinha um monte de mulheres lá, parecia, sei lá o que era aquilo. Era uma casa, tinha um corredorzinho e as mulheres ficavam ali esperando a sua hora de tomar uma aplicação de alguma coisa. E aí, aí eu ficava lá sentada, a mulher chamava, aplicava alguma coisa na vagina, não sei o que era aquilo e mandava a gente pra casa e aí tinha alguns dias de aplicação. Na minha primeira aplicação eu já.... Aí eu fui pra casa da minha tia, fiquei lá a noite inteira sentindo muita dor, lembro que o marido dela ficou reclamando porque ela não tava conseguindo dormir porque eu tava chorando muito, mas eu tava sentindo muita dor. E aí eu tava chorando muito, sentindo muita dor, tendo muita contração, perdendo muito sangue, e meu tio gritando, reclamando, “Na hora de fazer não doeu, não chorou. Agora aguenta, tá abortando porque quer” (Perséfone, sobre seu primeiro abortamento aos 16 anos)

A penalização social, diluída e constante, já consiste numa sanção punitiva às mulheres e adolescentes que abortam. Por isso o atendimento dos profissionais de saúde deve ser um espaço de segurança e cuidado, desprovido de julgamentos morais como preconiza a Norma Técnica (BRASIL,2010). Apesar disso, as mulheres têm conhecimento de que o padrão de atendimento nesses casos é perpassado por situações de constrangimento e pelo risco da denúncia por parte da própria equipe, por isso aos medos que já são próprios do contexto de criminalização que cerca o aborto no Brasil, soma-se o medo do descaso e de humilhações provenientes das equipes de saúde.

A ideia de que seriam provavelmente vítimas de julgamentos e constrangimentos aparece entre as interlocutoras e em suas redes de apoio. Isso faz com as mulheres busquem orientações sobre o procedimento e sugestões de serviços *mais humanizados*. Como aparece nos relatos de Atali e Brigid:

Fui orientada a ir lá porque ele disse que lá eles têm um tratamento mais humanizado, assim não dão queixa e tudo mais, o médico sempre sabe aonde tem esse pessoal mais normal [risos]. (Atali)

Aí essa ginecologista que eu paguei, não era a que eu costumava ser tratada, eu paguei pra ir nela fazer um exame normal e quando chegou lá eu falei: ‘olha, eu tô grávida e tô querendo tirar, o que é que você me aconselha?’ ela falou assim: ‘é isso que você quer mesmo?’. Em nenhum momento ela me julgou, em nenhum momento ela disse que não era pra eu fazer. Pelo contrário, foi ela que me aconselhou a parte toda. Ela disse assim: ‘você já escolheu o método que você vai fazer?’ eu disse a ela que sim. ‘assim que você fizer isso, você vai fazer em casa, assim que você fizer vá pro hospital. Ela até me indicou um hospital público, ela disse que este hospital era referência, uma maternidade de referência no país e que ela achava que seria o melhor hospital pra me atender caso tivesse algum problema’... Aí ela me aconselhou: ‘você vai, antes de você ir pro médico você vem aqui pra gente constatar se funcionou e depois você vai pro hospital leva todos os exames que você fizer comigo e os que você fez em outro lugar e você diz que eu que te encaminhei pra lá porque a gente percebeu o caso de ... isso ela me falou depois que eu já tinha ido e que eu já tinha feito... que o coração não tinha batido e que tinha um aborto retido e você diz que foi natural, Porque senão você vai ser maltratada, você vai sofrer lá dentro. Você vai sofrer porque eles vão te deixar sentindo dor e essas coisas todas e isso pode ser até perigoso pra você. Você vai e diz que fui eu que te encaminhei, que eu tava acompanhando os exames e que o feto tá sem vida e te encaminhei pra retirada.’ (Brigid)

Tanto Atali como Brigid recorreram a um profissional de saúde para pedir orientação e informação sobre como proceder e onde ir em caso de complicações. Esse contato pode ser compreendido como uma ação de redução de danos, visto que ambas estavam decididas a interromper a gravidez que seguia em curso, o posicionamento desses profissionais vai ser de tentar diminuir os riscos do procedimento e de uma internação hospitalar sofrida no momento pós abortamento.

De acordo com Drovetta (2012) a implementação de um serviço de atenção pré e pós aborto para as mulheres argentinas visava diminuir os índices de mortalidade materna decorrente de abortamento. Essa proposta foi inspirada na experiência uruguaia, mas enfrentou dificuldades como o fato que instâncias administrativas e os próprios profissionais de saúde serem resistentes a ideia de garantia ao acesso a abortamento mesmo nos casos previstos por lei e estenderam essas barreiras aos serviços de atenção pré e pós abortamento.

Outra questão a ser apontada são os limites da atenção pré abortamento quando se tem em conta que a orientação para um aborto seguro não garante que o procedimento vai ser realmente realizado em segurança, isso porque o medicamento vai ser, inevitavelmente, adquirido por vias clandestinas, a preços desproporcionais e qualidade questionável.

No caso do Uruguai a atenção pré e pós aborto foi implementada em 2004. Apesar de entraves políticos orquestrados por grupos conservadores e representantes políticos com vinculação religiosa, essa proposta conseguiu garantir a aceitação dos profissionais de saúde e colaborou para provar a importância de atenção especializada para diminuir os riscos do aborto inseguro, influenciando a histórica decisão de 2012 pela total descriminalização e legalização do aborto no país uruguaio através da Lei nº 18.987, de 30 de outubro de 2012, que regularizou a Interrupção Voluntária da Gravidez (URUGUAY, 2012). A lei publicada integralmente na página oficial do parlamento prevê a interrupção até o terceiro mês por solicitação da mulher e até a 14ª semana se a gravidez for fruto de estupro, se apresentar risco para a mulher ou, ainda, se for comprovada a má-formação fetal e/ou penúria econômica, ou seja, nos casos em que a mulher não tem as condições mínimas de sustento da criança.

No caso do Brasil a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2010) é a principal diretriz do Ministério da Saúde que resguarda a integridade física e psicológica das mulheres que provocam abortamento e procuram os serviços de saúde e daquelas que demandam interrupções previstas pela lei. Nesse trabalho o foco é compreender como os três eixos estipulados pela Norma Técnica – Acolher e Orientar; Atenção Clínica ao Abortamento e Planejamento Reprodutivo Pós Abortamento – foram vivenciados – ou não - nas narrativas de internação hospitalar que as interlocutoras vivenciaram em seus itinerários abortivos.

Acolhimento e Orientação: as ausências, os silêncios, os gritos

Uma questão importante disso do aborto no hospital é que a primeira vez que eu abortei eu fui num hospital público, tive, obvio, ajuda da médica que me atendeu, mas depois eu não tive nenhum acompanhamento psicológico, ninguém do corpo de médicos, da enfermagem, do serviço social, veio conversar comigo absolutamente nada sobre o que tinha acontecido. Eu não sei se a médica não passou pra equipe o que realmente tinha acontecido comigo ou se foi realmente uma falha do hospital. (Thêmis)

A Norma Técnica preconiza que o acolhimento é função de toda equipe de saúde e define que:

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde (BRASIL, P. 23, 2010).

Em paralelo com a prerrogativa do acolhimento outra indicação fundamental da Norma Técnica é a orientação. A equipe deve promover a orientações às mulheres em que não se reproduzam julgamentos, propiciando um espaço seguro para que elas apresentem suas dúvidas e angústias e que garanta a autodeterminação e a autonomia. Para isso elas precisam ser devidamente informadas do seu estado de saúde e dos seus direitos.

Na triagem, porque você é direcionado pro local de triagem pra ver qual o procedimento que você vai fazer. Aí eles perguntaram: ‘tá sentindo alguma coisa?’. Eu: ‘não, não tô sentindo nada, não tive sangramento, não tive nada. Fui fazer exame de rotina da gravidez e foi verificado que o feto tá morto, então, como é que se diz, então a médica me mandou pra cá porque eu vou precisar fazer uma curetagem’. Então, eu fiz tudo como a médica me mandou, eles acreditaram, em nenhum momento me trataram mal, ali mesmo eu já fiz um toque, teste de toque... Aí, devia ser umas 17hs da tarde, eu tirei toda minha roupa, dei pro meu namorado, ele foi mandado pra casa que eu ia ficar internada lá que era pra ele voltar no dia seguinte. fiquei muito nervosa porque nem minhas coisas puderam ficar lá, eu tirei tudo que era meu e fiquei apenas com aquela roupa do hospital e ele teve que levar tudo pra casa. Ele não pode ficar, não me perguntaram, eu também estava muito nervosa pra perguntar isso e, como é que se diz assim, eu não lembro, mas eles não me perguntaram, porque senão eu teria ligado pra minha amiga ir ficar comigo porque eu tava muito nervosa lá. Mas nenhuma delas tinha acompanhante lá dentro... Ninguém. Então não sei, ele foi embora, eu fiquei sem nada, nem com o celular pra ligar depois. (Brigid)

Brigid identifica que não foi maltratada porque a equipe de saúde acreditou na sua versão de um aborto espontâneo, versão que foi devidamente encaminhada ao hospital por uma ginecologista particular que tinha lhe provido orientações sobre como agir ao buscar atendimento médico. Apesar de classificar que não foi maltratada, Brigid identifica que estava muito nervosa e que precisou ficar lá sozinha, como várias outras mulheres e que em nenhum momento lhe foi dito da possibilidade de ter um acompanhante durante o processo, nem tampouco foi abordada por alguém da equipe para falar sobre seu nervosismo. Esse aspecto reforça a importância de que se ofereça uma escuta especializada a essas mulheres, com garantias de confidencialidade e respeito as suas histórias e com respeito ao sigilo que é direito da usuária do serviço.

O constrangimento de ser exposta ou de ser descoberta é uma marca nos itinerários apresentados. No caso de Dandara essa exposição se deu de forma ainda mais pessoal e direcionada:

Eu já tinha trabalhado em maternidade, então eu já fui pensando em como seria a frieza do tratamento e tal. Chegando lá eu encontrei uma pessoa que trabalhava comigo e ela começou a me fazer mil perguntas: “você tava grávida? Ninguém sabia que você tava grávida, como foi isso? E você perdeu como? E como você tá agora? Ela não tinha nenhuma intimidade comigo, ela tava falando aquilo pra me constranger porque ela tava suspeitando que eu

tinha provocado, mas eu não disse nada, fiquei ali com as minhas questões.
(Dandara)

De acordo com Foucault (1987) uma das facetas da punição é a exposição, o lançar de luzes sobre o infrator exigindo sua confissão, coagindo-o com discursos de moralidade, são efetivos para compor a realidade do que é punido através do suplício que lhe é considerado merecido. Foi desse modo que a colega de trabalho de Dandara se concebe como figura representativa desse sistema e autorizada a punir e exigir a confissão daquela que ela entende como criminosa e desviante. A posição de controle sobre outrem transcendem os códigos profissionais, aparece intocável e seguro por uma ordem que mantém a experiência do abortamento como crime e a conduta antiética dos profissionais de saúde legítima. Assim, apesar da tendência jurídica de raramente penalizar legalmente as mulheres que abortam, a penalização social é polimorfa e eficaz (AREND, ASSIS E MOTTA, 2012).

É recorrente na literatura relatos que denotam a equipe de saúde como fonte de sofrimento e não de cuidado. Rabay e Santos (2008) defendem que essa realidade se manifesta também na Paraíba, onde as autoras constataram que a equipe de saúde ignora as manifestações de dor das mulheres, negando-lhe inclusive analgesia, mantendo-as em média 17 horas sem alimentação em espera pela realização da curetagem. As experiências descritas denotam não apenas o descaso e o despreparo da equipe médica, mas principalmente a confiança de que essas mulheres não denunciarão essas situações, tanto por sua condição de criminalidade como pelo fato de serem mulheres com acesso limitado a recursos financeiros.

Menezes e Aquino (2009) apontam como a condição de criminalidade do aborto extrapola os riscos físicos a que a mulher se expõe por realizar procedimentos inseguros, mas também impacta na estabilidade psicológica da mulher que, além de gerenciar a insegurança, o medo e a tensão do procedimento, ainda vivencia constrangimentos impostos por parte dos profissionais nas unidades, configurando um quadro de violência institucional que merece ser investigado, como aparece no relato de Perséfone sobre o atendimento que recebeu aos 16 anos:

Aí eu lembro que a enfermeira olhou e perguntou: (voz embargada) “você tomou o quê?” e eu disse que não tinha tomado nada porque eu fui orientada a dizer que não tinha tomado nada. Aí ela disse: “não tomou o quê? Esse feto tá todo destruído!” Eu não vi o que saiu, mas parece que saiu muito desfigurado. (Perséfone)

O questionamento que antecede a acusação desconsidera o momento que Perséfone vivenciava, isto é, a expõe a uma situação de constrangimento que em nada colabora para seu restabelecimento físico ou psicológico. Pelo contrário, esse tipo de abordagem contrasta com qualquer perspectiva de cuidado e mostra a importância da Norma Técnica (2010) ter de detalhar o que a priori é um pressuposto: o profissional de saúde deve levar em consideração que seus valores pessoais não podem ser diretrizes do trabalho, pelo contrário, é necessário que a equipe reflita sobre os limites de suas convicções pessoais no exercício da profissão, evitando que suas ações sejam carregadas de julgamentos arbitrários e rotulações (BRASIL, 2010).

No caso de Perséfone percebe-se como a ausência de uma atenção humanizada nesse primeiro itinerário abortivo repercute em sua vida sexual e reprodutiva. A figura de um profissional da psicologia e /ou do serviço social que realize uma escuta qualificada das mulheres em situação de abortamento é prevista na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2010) e tem como responsabilidade abordar com a mulher algumas temáticas, entre elas:

Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo.

Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima.

Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida.

Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro.

Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, p. 27, 2010)

A ausência de uma abordagem sensível pode impedir que os profissionais acessem situações mais complexas e, até mesmo, de violência contra a mulher. No caso de Perséfone, uma escuta qualificada que se propusesse a escuta-la poderia entender a complexidade do contexto em que se deu a gravidez que ela interrompeu:

Quando eu tinha dezesseis anos ele tirou minha virgindade, só que foi um estupro, sabe? Por que eu não queria de forma nenhuma, eu dizia que não queria, não queria, e eu lembro que naquela noite ele segurou, prendeu minhas mãos com muita força (voz embargada) me prendeu assim e penetrou em mim e eu gritava para, para e comecei a chorar e ele não parou. E no dia

seguinte eu não entendia direito muita coisa ainda, no dia seguinte pra mim eu tinha sido mulher do homem que eu amava, aí no negligenciei a raiva que eu tinha passado no dia anterior e no outro dia eu deixei pra lá e eu comecei a achar que eu era mulher dele e aí eu achava que por causa disso ele ia ficar comigo, essas coisas todas que uma adolescente tem na cabeça. Aí eu comecei, deixei isso pra lá, que tinha sido a força, esqueci que tinha sido a força e continuei com ele até que uns dois meses depois eu engravidei. (Persefone)

O relato de Perséfone sobre o momento de sua vida e o relacionamento em que estava envolvida no momento que engravidou ratifica como as proposições da Norma Técnica (2010) são coerentes com a realidade de naturalização da violência que o machismo impõe e carregam um grande potencial de aproximação com os medos e as dificuldades que as mulheres vivenciam. Uma escuta qualificada de Perséfone traria a equipe uma visão ampla da situação em que a adolescente estava possibilitando que o atendimento seguisse após o período de internação, ocorrendo de forma contínua e integrada dentro da rede de Saúde. Infelizmente essa história não foi contada naquele momento e com a manutenção do relacionamento Perséfone voltou, um ano depois, ao mesmo hospital, para atendimento no caso de outro aborto após ser espancada na rua pelo mesmo namorado.

Menezes e Aquino (2009), em recente revisão sobre o tema, apresentam um levantamento das pesquisas que foram realizados sobre o atendimento ao aborto nas maternidades públicas do Brasil, mostrando como a atenção é impessoal, restrita aos cuidados corporais e pouco voltada às necessidades das mulheres naquele contexto. No caso das cinco interlocutoras que narraram suas experiências de internamento nenhuma foi abordada por profissional de psicologia dentro das unidades de saúde, nem tampouco encaminhada para esse tipo de serviço posteriormente. O atendimento pós abortamento foi para quatro delas, sintetizado na realização da curetagem e administração de medicação oral. No caso de Atali a equipe a manteve em observação, mas não realizou nenhum procedimento devido a sua negativa sobre ter ou não provocado o aborto.

Atendimento Clínico ao Abortamento

Como está expresso ao longo da Norma Técnica (BRASIL, 2010), a responsabilidade de acolher e escutar as mulheres em situação de abortamento não é apenas dos

profissionais de saúde mental e de serviço social, pelo contrário, acolher e escutar devem ser o posicionamento de toda a equipe no momento desse atendimento. No que tange ao atendimento clínico isso não é diferente. A Norma Técnica defende que os procedimentos sejam apresentados de forma inteligível à mulher e que esta saiba o que está sendo feito e administrado no seu corpo, sendo a técnica de esvaziamento uterino uma decisão compartilhada entre a equipe de saúde e a mulher.

Pensando sobre as possibilidades de tratamento, a Norma apresenta sete classificações do abortamento, classificações que auxiliam a mensurar os riscos e qual melhor abordagem terapêutica, são esses: ameaça de abortamento; abortamento completo; abortamento inevitável/incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual; abortamento eletivo previsto em lei.

Entre as cinco interlocutoras, dois relatos se enquadram no que é descrito como abortamento retido, pois dois deles apresentam o que pode ter sido um abortamento infeccionado e um se assemelha a descrição de abortamento inevitável, apesar de ser possível inferir essas classificações, o foco é entender como o atendimento clínico se deu, quais informações foram divididas e acordadas com as mulheres e como elas foram tratadas ao longo dos procedimentos realizados.

No caso de Thêmis existe uma conexão com a médica responsável pelo atendimento, mas isso não parece estar implementado como uma política do hospital, mas como uma postura individual dessa profissional:

Eu lembro que no saguão, eu tava com um vestido preto, e eu não tava sentindo cólica, não tava sentindo sangramento nada, então eu andava de um lado pro outro porque eu lembrava que o farmacêutico que me vendeu falou: você tem que fazer exercício físico, você tem que forçar e eu andava, andava, nervosa, de um lado pro outro. Até que a médica apareceu e eu falei: olha, eu acho que eu tô abortando. E ela me perguntou: você tomou alguma coisa? Eu falei que não, que não tinha tomado nada. Quando eu entrei na sala de parto eu falei: olhe, eu tomei. Aí contei que tinha tomado o cytotec e tinha colocado dois. Aí ela falou: a gente tem que ver a situação que tá. Aí me colocou no centro cirúrgico e me mandou tomar banho e falou: olha, já tá em processo de abortamento, você vai precisar fazer a curetagem. Aí eu fiz a curetagem, lembro que quando eu acordei, horas depois, eu tava numa sala sozinha, ainda dentro do centro cirúrgico, acho. Tentei levantar da maca, mas caí no chão, tava muito fraca. Aí ela me deu um remédio pra dormir, eu dormi no hospital até umas seis horas. E minha amiga que tinha ficado lá fora tava muito preocupada porque não tinha notícias minhas. Ela infernizou tanto a médica que a médica me liberou, ela disse: olha não é de praxe fazer isso, vou fazer isso porque vocês duas estão desesperadas e antes que troque o plantão. Então ela foi muito humana, primeiro de ter me acolhido da forma que me acolheu, de não ter feito nenhum tipo de questionamento, que naquele momento não tinha porque falar ou fazer e aí me liberou. (Thêmis)

A experiência de abortamento no contexto de criminalidade inclui o risco de ser denunciada pela equipe médica durante o atendimento hospitalar. Apesar da revelação de informações obtidas no contexto de atendimento ser crime de acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), o peso moral que é atribuído ao aborto legitima a exposição dessas mulheres ao mesmo tempo que abranda a infração desses profissionais. Essa realidade está difundida no repertório das interlocutoras dessa investigação, pois o fato da médica não ter questionado, julgado e de algum modo ter protegido Thêmis do que seria um atendimento diferente no plantão seguinte, faz com que esse seja um mérito da profissional e não uma conduta de acolhimento padrão.

A decisão pela curetagem não foi discutida com Thêmis, nem tampouco sua amiga pode lhe acompanhar após o procedimento. O atendimento é realizado centrado na figura da médica a quem Thêmis relata que provocou um abortamento, mas a equipe não aparece no relato dela, nem tampouco qualquer direcionamento e orientação para ela buscar após essa experiência. O segredo compartilhado entre a médica e Thêmis pressupõe que essa situação seria conduzida de formas distintas a depender de qual profissional fosse responsável pelo atendimento.

A ausência de informações sobre seu próprio estado também aparece na narrativa de Brigid. Nesse caso a situação ainda impõe a imposição de espera pelo atendimento e o manuseio ilimitado dos corpos femininos, sem que fique explícito os motivos e a necessidade dos procedimentos que estão sendo feitos. A repetição de exames de toque, ultrassonografia transvaginal e outros procedimentos exploratórios ao corpo feminino corroboram uma apropriação desses corpos como espaços sob controle externo, que podem ser manuseados, tocados, explorados sem maiores explicações:

Aí eu fui pra uma sala, que era uma sala de aborto, porque lá tem, nessa sala ficam umas meninas, umas mulheres que tavam na mesma situação que eu, nenhuma de nascimento normal, todas de aborto indo fazer curetagem. Aí ficou, tinham pessoas que tinham provocado aborto, então o tratamento era bem diferenciado mesmo, então tinha umas duas meninas que tavam lá, foram fazer curetagem, chegaram sangrando, chegaram numa situação já crítica e eles chegava e falavam, criticavam até, falavam mal. Tinha eu que nesse caso não era a mesma situação pra eles por causa da orientação que eu tive e tinha uma menina que tinha vindo do interior que estava com a barriga de cinco meses e a criança morreu, já com cinco meses, e ela tinha que fazer esse aborto. Então, assim, a gente tava nessa sala e o procedimento era que eles introduziam o remédio, provavelmente o mesmo, não sei, o remédio pra provocar a saída do feto pra depois eles fazerem a curetagem. Eu cheguei nessa ala umas 18hs da tarde, pra mim é uma lembrança bem vívida desse momento que foi trash. E aí vários médicos fizeram exame de toque, várias coisas e aí introduziram esse remédio, porque, eu tive um acompanhamento

diferenciado das outras, não por conta de não ter falado, mas porque eu não tinha sangramento nenhum. Eles colocaram remédio e eu fiquei mais de dez horas com esse remédio e eu não tive cólica, não tive sangramento, não tive nada. Era uma coisa inédita assim. Chegou um momento assim, deu 8hs da manhã, eu passei a noite toda sendo examinada, vários médicos vieram examinar e quando deu 8hs da manhã eles disseram ‘é, vamos fazer a curetagem’. Aí eles me deram uma anestesia. O médico foi homem, todos na verdade que me atenderam eram homens. Eles me explicaram que iam fazer uma raspagem e não sei o que e blá blá blá e depois me deu uma anestesia e ficou brincando comigo até a anestesia fazer efeito. Aí eu apaguei. Depois eu acordei já na sala, na parte de paridas, onde ficam as mulheres com os filhos e as crianças, eu fiquei nessa ala também. Foi aí que eu pude receber visita, continuei sem ter sangramento, minha menstruação era uma gotinha de sangue assim. E aí não teve nada. Eu fiquei em observação por causa da anestesia também, fiquei em observação. Eu recebi visita aí. (Brigid)

“E aí quando o dia amanheceu minha tia ligou pra minha mãe e minha mãe foi lá me buscar e me levou pro hospital. Chegou lá no hospital eu fiquei... eu tive que fazer uma curetagem, primeiro eu fiquei o dia inteiro lá, sentindo muita contração, muita dor, porque tinha que sair o feto. Aí eu fiquei muito, sentindo muita dor e as contrações tem aquela mesma coisa de parto normal de ir ficando mais forte e quando expeliu aí foi que eu fiquei bem. Aí foi isso, eu fiz a curetagem, eu fiquei seis dias internada no isolamento, acho que eu peguei algum tipo de infecção, não sei.” (Persefone)

Perséfone é um exemplo de como a estigmatização e criminalização do aborto concedem aos profissionais de saúde uma margem possível de descaso ou descumprimento das suas funções, visto que, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2010), eles deveriam estar atentos para casos como esse. Nem ao menos as informações sobre sua saúde física lhe foram transmitidas de forma acessível, sendo os motivos de sua permanência por seis dias uma hipótese dela própria e não um diagnóstico transmitido por alguém. Um ano após essa experiência ela voltou ao mesmo hospital com complicações pós-abortamento. Em nenhuma das duas vezes ela foi atendida nem por psicóloga, nem por assistente social, nem tampouco encaminhada para qualquer outro serviço de saúde que pudesse lhe orientar.

O mesmo silêncio sobre abortamento marca a experiência de Atali, no caso desta nem a curetagem foi realizada e depois de três dias internada com sangramento, dor e espasmos, ela foi liberada para voltar pra casa sem ter nenhuma solução ou orientação sobre sua condição.

Aí quando chegou lá eu já tava assim tendo espasmos muito, muito grandes assim e contínuos e eles queriam que eu dissesse que eu tinha tomado alguma coisa pra perder, porque eles não queriam fazer os procedimentos de curetagem, apesar da quantidade de sangue e da coloração do sangue que eu tava perdendo já ser assim alterada pelo tempo do sangramento, vai ficando mais escuro, e aí eles queriam que eu assumisse que eu tinha tomado, que

estava que eu estava, tinha tomado remédio, porque normalmente eles tratam mulher grávida como inconsciente, né? E aí o que acontece é que eu fui mantida no hospital assim, tomando só remédio de gases por conta dos espasmos e o sangramento continuando, fiquei no hospital uns três dias, a ponto de tomar já transfusão de sangue, porque lá não tinha ultrassom e eles só ouviam pelo rádio o batimento tava normal pra idade do feto, pra idade estimada pelas, pelos dados que eu forneci e aí não fiz nenhum procedimento (Atali).

De acordo com Foucault (2004) o alvorecer da medicina pode ser pensado como a consolidação de uma sociedade do discurso, quando se produz e se conserva discursos, garantindo que eles tenham circulação limitada. A constituição de regras e normas da disciplina médica se mantém até os dias atuais através da exploração da ignorância dos usuários dos seus serviços. Um bom exemplo disso é pensar que com a inserção da figura do médico nos assuntos pertinentes a gravidez e a contracepção, as mulheres foram perdendo protagonismo nesse processo, de modo que suas capacidades reprodutivas foi mapeada e controlada efetivamente pela medicina, sendo que as mulheres aparecem como corpos a serem administrados, ou como Atali diz: *“normalmente eles tratam mulher grávida como inconsciente, né?”*.

De acordo com Swan (2007) a naturalização dos corpos femininos e consequentemente de sua capacidade reprodutiva implica numa estratégia eficaz de controle destes, por aproximar as mulheres de uma determinação biológica ou de destinos factuais referentes a maternidade que retira delas a possibilidade de agenciar a própria vida e seus direitos sexuais e reprodutivos.

As experiências que foram narradas pelas interlocutoras denotam grande silêncio por parte da equipe médica sobre a sua própria condição e quais possibilidades de intervenção seriam aconselháveis. Nenhuma delas relatou ter sido consultado sobre o método de esvaziamento uterino, nem qualquer outro procedimento que tenha sido realizado. Também não consta nas narrativas que os atendimentos tenham sido atrasados devido a alegação de objeção de consciência dos profissionais, o que pode ter ocorrido sem ter sido necessariamente informado a usuária do serviço.

Acesso a Informação e Planejamento Pós Aborto

Se os silêncios foram recorrentes no que se referiu ao atendimento clínico, cabe detalhar o que foi dito a estas mulheres após concluírem o atendimento, ou, no caso de Atali,

receber alta ainda em situação de abortamento. De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (BRASIL, 2010) cabe aos profissionais de saúde orientar as mulheres sobre métodos anticoncepcionais como modo de reduzir a possibilidade de uma nova gravidez não planejada que possa vir a culminar em outra interrupção voluntária. A referida Norma destaca ainda que o atendimento destinado a mulheres em situação de abortamento deve sempre ser concluído com orientações sobre contracepção e oferta de métodos que possam ser utilizados logo após o abortamento, caso isso não ocorra o atendimento é considerado incompleto (BRASIL, 2010).

Sobre os encaminhamentos que recebeu ao sair do hospital, Brigid relembra do que lhe foi aconselhado:

Eles me disseram que eu tinha que ficar uns doze dias sem fazer esforço físico, sem subir escada, porque eu tinha feito uma cirurgia normal, uma cirurgia como qualquer outra, então eu tinha que me comportar de tal forma.
(Brigid)

A centralidade da recuperação física, principalmente quando permanece a dúvida se o abortamento foi ou não provocado pela mulher é uma questão que precisa ser repensada nessas unidades de saúde. Como a própria Norma Técnica (BRASIL, 2010) indica as mulheres atendidas em decorrência de complicações pós abortamento precisam ser compreendidas em sua totalidade, deem ser informadas sobre sua situação e auxiliadas na prevenção de gravidezes não planejadas que provavelmente serão interrompidas sem segurança.

De acordo com Brasil (2010) o risco de abortamento é maior entre as mulheres que já vivenciaram essa experiência, por isso o papel da equipe de saúde é imprescindível para auxiliar que essa mulher possa gerenciar sua vida reprodutiva de forma mais saudável possível. Cumpre destacar que a fertilidade geralmente é retomada logo após a conclusão do abortamento o que coloca a mulher suscetível a uma nova gravidez, caso não sejam utilizados métodos contraceptivos, assim, cabe a aos profissionais de saúde explicitarem sobre quais as possibilidades contraceptivas, suas aplicabilidades, percentuais de eficácia, destacando que atualmente apenas os preservativos protegem de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010).

A importância de transmitir informações dessa ordem é ratificada por constatações que mulheres que abortam tendem a engravidar novamente meses depois por acreditarem

que a fertilidade é prejudicada por essa experiência. Foi exatamente isso que aconteceu com Perséfone:

Um ano depois, exatamente um ano depois eu tava grávida dele de novo. Eu não sei, eu acho que eu contava muito com a sorte ou eu não tinha orientação ou eu era maluca mesmo, não sei, eu não sei ... (se fosse descriminalizado) Primeiro que a orientação, as coisas seriam melhor orientadas, seriam melhor encaminhadas, porque por mais que foi uma coisa no submundo eu sempre tive apoio médico. Acontecia, eu fazia, ia pro hospital e era aquela coisa toda. E eu nunca falei que tinha feito um aborto. Sempre era, não sei, sempre foi dito como espontâneo. As duas vezes que eu fui parar no hospital sempre foi dita como espontâneo e isso talvez reduzido a forma de se conduzir lá no hospital. Só que não tinha orientação nenhuma, não se sabia, não se falava sobre isso, talvez os médicos e enfermeiros até soubessem que eu tinha feito o aborto, mas não se falava, não se orientava. E talvez fosse mais apto a evitar as reincidências como tiveram. (Perséfone)

O relato dessa interlocutora mostra a fragilidade dos atendimentos prestados a mulheres e adolescentes em situação de abortamento e a ausência de conhecimento sobre os próprios direitos no que se refere a esse atendimento. Perséfone acredita que não teve orientações porque nas duas vezes que foi buscar atendimento médico relatou ter sofrido um aborto espontâneo e mesmo questionada da primeira vez sobre o que teria tomado, ela entende que a equipe não tinha obrigação de orientá-la porque ela sustentou que não se tratava de um aborto provocado. A constatação de que o aborto é espontâneo ou provocado não pode ser balizador do atendimento dispensado as mulheres brasileiras que buscam o Serviço Único de Saúde. A prerrogativa do cuidado fica, nesses casos, condicionada a deliberação da equipe sobre a conduta da mulher que é usuária desses serviços. Foi nessa condição que Atali saiu do hospital, após três dias internada, disposta a concluir o processo de abortamento por conta própria com uso do cytotec, sem nenhuma informação profissional de como fazer isso, quais riscos teria e o que poderia ocorrer consigo.

Depois de passar três dias no hospital eu saí normalmente, a gente assinou um termo ... Aí eu comprei remédio clandestinamente e assim quem acha que você toma remédio clandestinamente perde, não é bem assim, pelo menos não foi comigo, aí foi só o início de mais um, um sofrimento mesmo assim tipo, aí ensinam você a colocar com creme vaginal, você coloca aumenta a contração, mas não necessariamente expulsa, no meu caso não funcionou. Eu não tomei nenhuma de início, eu coloquei três, três Cytotec e quando foi mais tarde, veja só o tempo que isso demorou, acho que levei, eu levei quase quinze dias perdendo assim... Depois disso eu passei dois dias ainda o sangramento já tava mais fraco assim meio ralo e com uma cor mais escura assim, acho que por conta do passar do tempo, parecia já podre, incrivelmente eu fiz uma ultrassom porque a gente ficou assim, sem mexer um tempo, a gente achou que tava morto dentro e aí e esse médico amigo da tia disse que se tivesse morto eu voltasse pro hospital que eles iam fazer porque já tava sem batimento, aí eu fiz uma ultrassom tava com batimento.

Tava e eu ainda me lembro como hoje eu fui felicitada. Depois de fazer a ultrassom, aí estando vivo a gente tomou essa decisão de comprar mais remédios e aí eu coloquei os cinco e tomei três. Com consciência total assim, tipo agora ou vai ou racha, é eu já tava assim muito, muito, muito fraca e com muitas dores na perna assim, sabe? Mal mesmo e a gente tava, minhas tias, minha prima tava assim me alimentando mesmo como se fosse medicação pra eu poder segurar o tranco, porque assim, em uma, de vez em quando eu vejo pessoas falando a respeito de: “Ah, vai liberar o aborto vai virar coisa assim”, como se fosse uma coisa legal, como se fosse uma coisa agradável, como eu te falei como se a gente engravidasse só pra abortar e ninguém faz isso, que ninguém é louco, né? Passei 15 dias sangrando, depois fiquei 20 horas tentando tirar uma coisa que eu não queria de dentro de mim. (Atali)

Como apontam Corrêa e Mastrella (2012) os prejuízos e agravos oriundos do abortamento provocado no Brasil estão intimamente ligados à condição de criminalização do mesmo e não ao fármaco que é utilizado para tal fim. É a condição da criminalização que expõe as mulheres à clandestinidade e a usos equivocados da substância. Na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (BRASIL, 2010) o medicamento a base de misoprostol é contraindicado para casos de placentas prévias, Atali tinha um filho quando procurou esse serviço e já tinha esse histórico, como nos relata a seguir, mas no entanto, saiu do hospital sem saber que o uso do cytotec acarretaria um procedimento complicado e doloroso, a que ela a única resposta que ela pode dar foi aumentar a dosagem do medicamento:

O que acontece comigo é o seguinte, eu sou, eu já te falei, eu sou muito alérgica e eu sempre que eu engravidei eu fico assim com a placenta amadurecida muito cedo, eu não tinha passagem do primeiro filho, eu parti cesárea assim tipo depois do tempo, sabe? Então assim pra mim realmente perder ia ser uma coisa difícil, uma vez que já tivesse engravidado, isso o médico também só me contou depois de eu sofrer horrores, aí estando vivo a gente tomou essa decisão de comprar mais remédios e aí eu coloquei os cinco e tomei três. (Atali)

Entre as pesquisas recentes sobre abortamento provocado é consenso que o cytotec é o recurso mais utilizado entre as mulheres brasileiras (DINIZ e MEDEIROS, 2010; BRASIL, 2009). Como apontam Corrêa e Mastrella (2012) nos países onde o aborto é legalizado o uso de medicamentos com o princípio ativo do misoprostol ocorre de forma segura, eficaz e assistida. Em contextos onde a interrupção voluntária da gravidez e a comercialização dessa substância são criminalizadas a aquisição, o uso e os efeitos posteriores são pouco garantidos e acarretam riscos para as mulheres. Nessa conjuntura é necessário considerar que os profissionais de saúde abordem essa temática com as usuárias dos serviços, visto que o uso do cytotec, ainda que criminalizado, consiste no recurso mais acessível para a maioria das mulheres que decidem provocar um

abortamento e pode ser usado sem maiores prejuízos, desde que elas tenham minimamente algumas informações.

Considerações Finais

Se fosse numa coisa que fosse descriminalizada... não sei explicar o que tá passando na minha cabeça aqui agora. [pausa] eu acho que seriam várias forças unidas em prol disso, no sentido de [pausa] de cuidar de uma mulher que tá passando por isso. De cuidado. [choro] porque a gente precisa de cuidado. (PÉRSEFONE)

Apesar do que está previsto na Norma de atendimento em casos de abortamento (BRASIL, 2010) que defendem o atendimento humanizado, orientado pela ética do cuidado, com garantia das informações necessárias às mulheres, no que se refere aos procedimentos que serão realizados e medicamentos administrados, como também no que concerne aos cuidados contraceptivos e encaminhamentos futuros, a manutenção da criminalização garante que essas mulheres sejam expostas a condições de risco e insegurança, inclusive dentro dos ambientes hospitalares.

Esse trabalho se debruçou sobre as narrativas de cinco mulheres que vivenciaram itinerários abortivos na cidade de Salvador e região metropolitana e que buscaram serviços de saúde com complicações decorrentes da interrupção. A análise das narrativas se deu a luz da análise do discurso e considerou como base a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, documento federal elaborado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2005 e reeditado em 2010. O presente documento reflete uma conquista na perspectiva do cuidado integral as mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Ao longo do texto os relatos foram distribuídos entre os três eixos que a Norma Técnica estipula sobre o atendimento em casos de abortamento: Acolher e Orientar; Atenção clínica ao abortamento e Planejamento Reprodutivo após Abortamento. Como constata-se ao longo do texto, alguns desses aspectos efetivamente nem apareceram nos relatos de internamento das interlocutoras. Isso caracteriza um contraste significativo entre a perspectiva indicada pela Norma, de considerar as mulheres como sujeitos autônomos, com direitos e autodeterminação sobre si e o atendimento que elas relatam, onde a ausência de informações, diálogos e orientações é a regra.

No que tange ao acolhimento destaca-se que as mulheres apostam na dubiedade entre ter provocado um abortamento ou sofrido espontaneamente para tentar evitar humilhações e uma possível denúncia policial. Todas relatam temor sobre o atendimento que receberão e buscam orientações prévias que possam ajudá-las a manter a história de que o aborto foi espontâneo. É preocupante que nenhuma das cinco interlocutoras tenha sido alvo de atenção dos profissionais de saúde mental e assistência social dos hospitais por onde passaram.

A norma técnica estipula que a escuta qualificada cumpre com um papel fundamental no atendimento dessas mulheres, apesar disso a estadia das mulheres no ambiente hospitalar ainda é marcada por incursões médicas sobre os corpos sem diálogos que problematizem o aspecto subjetivo que uma interrupção realizada num contexto de clandestinidade acarreta. Apesar de alguns relatos de constrangimento público por parte da equipe de saúde (Dandara e Perséfone) e de todas relatarem lacunas sobre o que ocorreu, inclusive sobre os procedimentos que foram realizados em seus corpos, elas não apontam insatisfação com os atendimentos, talvez porque esses são menos hostis do que elas esperavam.

No que tange a oferta de atendimento clínico ao abortamento as mulheres não relatam terem sido convocadas pela equipe para pensar sobre as possíveis técnicas de esvaziamento uterino, nem tampouco apresentam com clareza o que ocorreu durante a internação. Nesse aspecto compreende-se que a medicina, enquanto detentora da legitimidade sobre os corpos e suas funções, segue centralizando o aborto como um aspecto físico, ignorando que as mulheres são sujeitos com auto deliberação e que possuem direitos a informação do que será feito com elas e de deliberação sobre esses procedimentos.

As explicações pré e pós abortamento são escassas e pouco eficazes para que se possa pensar uma análise profunda sobre esse tópico, as incursões são feitas sem explicações as usuárias que também não se sentem confortáveis para questionar, devido a autoridade que a medicina impõe e a delicada situação de desviantes legais que a criminalização do aborto acarreta a essas experiências.

Por fim, outra deficiência preocupante concerne nas orientações sobre planejamento reprodutivo após o abortamento. Essa abordagem não aparece nas narrativas analisadas, pelo contrário, é significativo que as próprias mulheres reconhecem os impactos que a

ausência dessas orientações teve nas suas trajetórias. Desse modo é possível constatar que a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento tem prerrogativas importantes e com potencial para reduzir os prejuízos de abortamentos provocados sob condições inseguras e arriscadas, apesar disso, a execução dessa normativa ainda esbarra nas dificuldades de profissionais de saúde distinguirem seus valores e posicionamentos pessoais da sua prática de cuidado e acolhimento.

Considerando que os avanços políticos referentes aos direitos das mulheres são sempre campos de tensão e que o avanço de grupos conservadores na América Latina e, especialmente no Brasil, tem colocado os direitos já conquistados em pauta, é importante que se ouça e se faça ouvir as vozes das mulheres que são submetidas a condições inseguras e constrangedoras por decidirem interromper uma gestação.

O acesso a saúde de modo universal e integral é uma prerrogativa do Estado brasileiro e não pode ser admissível que se exclua esse direito das mulheres que vivenciam abortamentos clandestinos devido questões de fórum privado dos que estão nos espaços decisórios de poder ou na ponta dos serviços de saúde. Impedir que elas tenham acesso a informação, acolhimento psicológico e atendimento clínico é coloca-las num lugar de sub-cidadania o qual elas não podem reclamar porque também são criminalizadas pela legislação punitiva que existe sobre o aborto.

Desse modo, cabe pensar que se os serviços de saúde, embasados pelos códigos de ética dos profissionais e pela Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (BRASIL,2010) reproduzem as sanções morais que são recorrentes em grande parte da sociedade e negligenciam o atendimento integral e desprovido de julgamento que devem dispensar às mulheres em situação de abortamento provocado, pois os itinerários abortivos serão marcados pelo silenciamento e pela solidão de quem precisa, antes de tudo, de acolhimento e cuidado.

Referências

AMARAL, Fernanda P. A situação do Aborto Inseguro na América Latina com ênfase no Brasil: Uma afirmação de Direitos Humanos. **Revista Bastet**, V.8, jun 2008, ISSN 1807-8214. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2311/2033>> Acesso em: 10 ago 2016.

AREND, Silvia Maria Fávero; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MOTTA, Flávia de Matos (Orgs). **Aborto e Contracepção: Histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Insular, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: MS; 2009.

Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto*. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4, 2010. Ed. 2 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

CORREA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1777-1784, July 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2016.

DEL PRIORE, M. L. M.; A Árvore e o Fruto: Um breve ensaio sobre o aborto na história. **Revista Bioética**, Cons. Fed. Medicina Brasília, v. 2, n.1, p. 43-51, 1994.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mai. 2015.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1795-1804, July 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 dez. 2015.

DROVETTA, Raquel Irene. O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília , n. 7, p. 115-132, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 07 set 2016.

FAUNDES, José Manuel Morán; DEFAGO, María Angélica Peñas. ¿Defensores de la vida? ¿De cuál "vida"? un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 15, p. 10-36, Dec. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 12, p. 224-257, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 set. 2016.

MENEZES, G.; AQUINO, E. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 193-204, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/02.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

MOTTA, Flávia de Mattos. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Aug. 2008.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da; ROSTAGNOL, Susana; GUTIERREZ, María Alicia. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 219-236, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 jun 2016.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, Junho 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=en&nrm=iso> Acesso em 29 de ago de 2014.

RUBIN, Gayle. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, Campinas: n. 21, p: 1-88, 2003.

RUIBAL, Alba M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 14, p. 111-138, Aug. 2014.

SWAN, Tania Navarro. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre procriação e Maternidade. In: STEVENS, Cristina (org.). **Feminismo e Maternidade: Diálogos Interdisciplinares**. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

URUGUAY, REPUBLICA ORIENTAL DEL. Ley N° 18.987 – INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 30 de oct de 2012. Disponível em:

<<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>>
Acesso em: 18 set 2016.